TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Louis MICHON

(de Lyon)



LYON

IMPRIMERIE - EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—

1923

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Louis MICHON
(de Lyon)



LYON
IMPRIMERIE - EXPRESS
46, Rue de la Charité, 46
—
1923

TITRES MILITAIRES

Médecin auxiliaire	Septembre 1914.
Médecin Aide-Major de 2e Classe............	Septembre 1915.
Médecin Aide-Major de 1re Classe	Décembre 1917.

Affecté à l'Hôpital militaire Villemanzy, à Lyon ; au 3e Bataillon de Marche du 111e R. I. T. et au 311e R. I. T. ; aux ambulances divisionnaires 7/13 et de corps d'armée 6/13 ; à l'ambulance automobile chirurgicale 37.

Aux armées : de mars 1915 à décembre 1918.

En équipe chirurgicale depuis leur formation.

Croix de guerre.

TITRES SCIENTIFIQUES

Externe des Hôpitaux....................	Juin 1911.
Interne suppléant des Hôpitaux..........	Septembre 1912.
Interne des Hôpitaux......................	Septembre 1913.
Moniteur d'Histologie a la Faculté........	Février 1919.
Aide d'Anatomie suppléant a la Faculté....	Juin 1922.
Aide d'Anatomie a la Faculté.............	Novembre 1922.
Docteur en Médecine......................	Mars 1923.

Chef de Clinique Gynécologique 1923-1926
Chirurgien de garde des hôpitaux - 1927-30

ENSEIGNEMENT

Conférences Préparatoires a l'Externat.......... 1919
— — — 1920
— — — 1921

Conférences Préparatoires a l'Internat.......... 1919
— — — 1920
— — — 1921
— — — 1922
— — — 1923

Conférences aux Travaux Pratiques d'Histologie.

Semestre d'été 1919
— — 1920
— — 1921
— — 1922

Conférences d'anatomie a la Faculté.

Semestre d'hiver 1921-1922
— — 1922-1923

Travaux pratiques de Médecine opératoire.

Semestre d'été 1919
— — 1920
— — 1921
— — 1922
— — 1923

Cours d'Histologie a l'Ecole dentaire 1921
— — 1922
— — 1923

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

LISTE CHRONOLOGIQUE

1. Note sur un cas de contusion artérielle : Stupeur artérielle et syndrome causalgique consécutif.

   (En collaboration avec P. Soubeyran. *Société de Chirurgie de Paris,* 1er mai 1918, page 805.)

2. Présentation de quelques types de lésions des gros troncs vasculaires.

   (Société médico-chirurgicale du Centre de Beauvais, 29 août 1918.)

3. A propos de la stupeur artérielle.

   (En collaboration avec P. Soubeyran. *Société de Chirurgie de Paris,* 4 juin 1919, page 908.)

4. Sur la systématisation topographique des lésions cytologiques dans le tube urinaire.

   (En collaboration avec Ph. Rochet. Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 1er avril 1919. *Lyon Médical,* mai 1919, n° 5.)

5. Fistule pleurale. Résection costale. Décortication de la poche. Guérison rapide.

   (Société des Sciences Médicales de Lyon, 17 décembre 1919. *Lyon Médical,* 25 janvier 1920, n° 2.)

6. TUMEURS MULTIPLES DE LA CUISSE CONSÉCUTIVES A DES INJECTIONS D'HUILE CAMPHRÉE.

(Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 2 mars 1920. *Lyon Médical,* 25 avril 1920, n° 8.)

7. SEPTICÉMIE A ENTÉROCOQUES.

(En collaboration avec MM. SAVY et LANGERON. Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 8 juin 1920. *Lyon Médical,* 25 avril 1920, n° 8.)

8. QUELQUES FAITS CONCERNANT L'HISTOLOGIE DU TESTICULE ECTOPIQUE.

(En collaboration avec P. PORTE. *Société de Biologie de Lyon,* 15 novembre 1920. Tome LXXXIII, p. 1438.)

9. ETUDE HISTOLOGIQUE DE SIX CAS DE TESTICULE ECTOPIQUE.

(En collaboration avec P. PORTE. *Lyon Chirurgical,* 1920, n° 6, tome XVII, p. 731.)

10. LE DIAGNOSTIC DES TUMEURS CONSÉCUTIVES AUX INJECTIONS D'HUILE DE VASELINE CAMPHRÉE.

(En collaboration avec J. MURARD et J.-F. MARTIN. Société Nationale de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon, 19 janvier 1921. *Lyon Médical,* 25 mars 1921, p. 267.)

11. SYNDROME PSEUDO-APPENDICULAIRE PAR PERFORATION GANGRÉNEUSE DU CÆCUM AU COURS DE LA DYSENTERIE AMIBIENNE (FORME CHRONIQUE RÉCIDIVANTE).

(En collaboration avec P. BONNET. *Lyon Chirurgical,* 1921, n° 1, tome XVIII.)

12. DEUX CAS D'HERPÈS BUCCAL POST-ABORTIF AVEC PNEUMOCOQUES DANS LES LOCHIES.

(En collaboration avec J. VORON. Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Lyon, 2 mai 1921. *Bulletins de la Société,* p. 509. *Lyon Médical,* 1921, p. 963.)

13. Récidive de fibromyome malin de l'utérus avec énorme bourgeon néoplasique occupant presque toute la veine cave inférieure.

(En collaboration avec E. Villard. Société Nationale de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon, 25 mai 1921. *Lyon Médical,* 25 novembre 1921, p. 996.)

14. Sur la détection histo-chimique des carbures (huile de vaseline) dans les tumeurs provoquées par injections de ces corps dans les tissus.

(En collaboration avec A. Policard. *Société de Biologie de Lyon,* 4 juillet 1921, tome LXXXV, p. 473.)

15. Les traitements des fistules pleurales.

(En collaboration avec M. Durand. *Lyon Médical,* 25 septembre 1921, n° 18, p. 807.)

16. Sur le traitement de l'injection puerpérale par les stock-vaccins.

(En collaboration avec J. Voron. Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Lyon, 13 novembre 1922.)

17. Epithélioma de la joue traité par le radium.

(En collaboration avec P. Bonnet. Société de Chirurgie de Lyon, 7 décembre 1922.)

18. Myome rouge de l'utérus.

(En collaboration avec M. Patel. Société Nationale de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon, 31 janvier 1923.)

19. Forme histologique rare de cancer du col de l'utérus. Epithélioma a aspect de périthéliome.

(En collaboration avec G. Cotte. Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Lyon, 5 mars 1923.)

20. Valeur séméiologique des polypes muqueux de l'utérus.

(*Thèse* de Lyon, 6 mars 1923.)

21. Vaginisme, névrotomie unilatérale du nerf honteux interne. Guérison.

(En collaboration avec P. Wertheimer. Société Nationale de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon, 14 mars 1923.)

22. Ulcère variqueux chronique. Opération de Moreschi et section du nerf saphène interne. Guérison. Résultat éloigné.

(En collaboration avec M. Guilleminet. Société Nationale de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon, 14 mars 1923.)

23. Contribution a l'étude de la vaccinothérapie de l'infection puerpérale.

(En collaboration avec J. Voron et Sédaillan. *Lyon Chirurgical,* 1923, n° 3.

24. Les abcès de la langue.

(En collaboration avec Ch. Dunet. *Revue de Chirurgie,* 1923.)

25. Ulcère simple de la vessie.

(En collaboration avec J. Reynard. Société Nationale de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon, 21 mars 1923.)

26. Fibrome pur du testicule.

(Société Nationale de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon, 21 mars 1923.)

27. Septicémie mortelle d'origine dentaire.

(En collaboration avec A. Pont. Société des Dentistes du Rhône, 1923.)

28. Recherches sur la circulation veineuse du foie chez l'homme avant et après la naissance.

(En collaboration avec E. Pollosson. 18e Congrès de l'Association des Anatomistes. Lyon, 25-29 mars 1923.)

29. Deux cas d'anomalie de la branche descendante de l'hypoglosse.

(En collaboration avec V. Richer, 18e Congrès de l'Association des Anatomistes. Lyon, 25-29 mars 1923.)

30. Les polypes muqueux de l'utérus.

(*Lyon Médical,* mai 1923.)

31. Les tumeurs dues a l'huile de vaseline. (Vaselinomes).

(*Lyon Médical,* mai 1923.)

32. Des hématomes et abcès de la gaine des droits après laparotomie par incision de Pfannenstiel.

(En collaboration avec P. Bonnet, *Presse Médicale,* 1923.)

33. Sur le mécanisme pathogénique des calcifications ovariennes.

(En collaboration avec A. Policard, Société de Biologie de Lyon, 14 mai 1923.)

CONTRIBUTION A DES THÈSES

R. Ferrier. — *Contusions récentes dans les plaies de guerre* (Lyon, 1919).

L. Maurizot. — *Les plaies de l'artère poplitée par projectiles de guerre* (Lyon, 1920).

R. Brousse. — *La rachianalgésie* (Lyon, 1920).

L. ALLAUZEN. — *Des tumeurs consécutives aux injections d'huile de vaseline camphrée* (Lyon, 1921).

G. APOSTOLIDÈS. — *Contribution à l'étude des adénomyomes des cornes utérines* (Lyon, 1921).

G. DUMASLE. — *Contribution à la thérapeutique par les auto-vaccins* (Lyon, 1921).

J. RICHARD. — *Traitement de soixante-deux cas d'infections de la grossesse et des suites de couches par les vaccins* (Lyon, 1922).

ANALYSE DES PRINCIPAUX TRAVAUX

I. — ANATOMIE ET HISTOLOGIE

Recherches sur la circulation veineuse du foie chez l'homme avant et après la naissance.

(Avec E. Pollosson.) Congrès des Anatomistes. (28).

Ces recherches ont trait à l'étude anatomique de la circulation veineuse du foie, chez l'enfant, avant la naissance, et chez le nouveau-né. L'idée directrice était de se rendre compte si la circulation hépatique, modifiée complètement après la ligature du cordon et l'établissement de la respiration, ne se trouvait pas, de ce fait, dans des conditions anatomiques et mécaniques particulières. Dans ce but, nous avons recueilli et examiné une trentaine de pièces anatomiques.

Résultats anatomiques. — Avant la naissance, le vaisseau de beaucoup le plus volumineux est la veine ombilicale, et ses branches ont une disposition assez constante (deux pour le lobe gauche, une pour le lobe carré). Le canal veineux d'Arantius présente un calibre variable, en tout cas toujours inférieur à celui du tronc porte, souvent même à celui des branches gauches. La veine porte à un tronc également moins volumineux que celui de la veine ombilicale; de ses branches, la gauche est la plus importante et en additionnant les calibres de toutes les branches fournies, on arrive à un total toujours supérieur à celui du tronc. D'autre part, tandis que les branches droites sont en continuation directe avec le tronc, la branche gauche forme avec lui un angle aigu. Ces constata-

tions montrent que le tronc porte prend une part minime à l'apport circulatoire à cette période; toute la circulation est presque tributaire de la veine ombilicale, et les différentes dispositions anatomiques constatées créent des conditions mécaniques favorables à cette circulation (fig. 1).

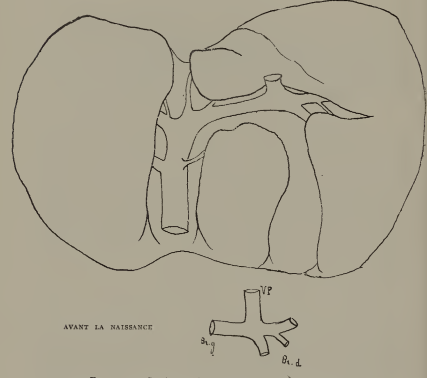
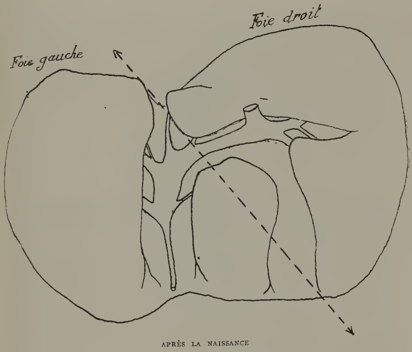


FIG. 1. — *Système veineux hépatique chez le fœtus*
(Le petit dessin supplémentaire montre l'angulation de la branche gauche de la veine porte avec le tronc, et le calibre des branches qui est très considérable par rapport à celui du tronc lui-même).

Après la naissance, la disposition générale du système veineux reste la même: la veine ombilicale s'atrophie jusqu'à l'origine de la première branche, le canal d'Arantius régresse vite et le calibre du tronc reste toujours inférieur à celui du segment de la veine ombilicale resté perméable. En somme, les

conditions anatomiques et mécaniques sont bien moins favorables à la circulation portale qui existe alors : seules les branches droites de la veine-porte semblent favorisées (fig. 2).

Pour ce qui est des lobes : Avant la naissance, il y a égalité entre le volume des lobes droit et gauche ; après la naissance,



APRÈS LA NAISSANCE

Fig. 2. — Système veineux hépatique chez le nouveau-né

le lobe droit tend à prédominer et se développe plus vite que le gauche ; ce fait nous paraît expliqué par la disposition favorable des branches veineuses qui lui sont destinées. On peut, schématiquement, diviser le foie en deux parties par une ligne oblique passant par la fossette cystique, le sillon transverse et le sillon d'Arantius : un foie gauche (lobe gauche et lobe carré) dont le système circulatoire est favorablement disposé pour un courant sanguin d'origine ombilicale, et qui se déve-

loppe avec prédominance avant la naissance; un foie droit (lobe droit et lobe de Spiegel), dont le système circulatoire est mieux disposé pour un courant sanguin d'origine portale et qui se développe avec prédominance après la naissance (fig. 2).

Résultats radiographiques. — La radiographie des pièces injectées au minium a permis de contrôler les notions anatomiques précédentes. Avant la naissance, c'est l'injection faite par la veine ombilicale qui pénètre le mieux, mais elle injecte tout particulièrement le lobe gauche et le lobe carré; l'injection par la veine-porte est imparfaite, le lobe droit et le lobe de Spiegel sont injectés avec prédilection.

Après la naissance, les résultats sont identiques et les conditions circulatoires paraissent les mêmes.

En résumé, il résulte de ces recherches que le système veineux paraît disposé pour une circulation d'origine ombilicale, disposition qui persiste après la naissance. Deux territoires circulatoires peuvent être distingués: l'un ombilical comprenant le lobe gauche et le lobe carré, l'autre portal comprenant le lobe droit et le lobe de Spiegel. Enfin la persistance après la naissance d'une disproportion entre le calibre du tronc porte et de celui de ses branches, permet de penser que le foie se trouve à ce moment dans des conditions circulatoires défavorables et que ce facteur peut entrer en ligne de compte dans la pathogénie de certains ictères des nouveau-nés.

Deux cas d'anomalie de la branche descendante de l'hypoglosse.

(Avec V. Richer.) Congrès des Anatomistes. (29).

Dans un premier cas, la branche descendante de l'hypoglosse naissait du côté droit du pneumogastrique au lieu de venir de la douzième paire. Cette branche formait une anse

anastomotique avec une branche du plexus cervical née de la réunion de deux filets fournis par C^2 et C^3. De l'anse ainsi formée partait un seul filet se divisant en plusieurs rameaux pour les muscles sous-hyoïdiens; le filet du thyro-hyoïdien naissait du tronc de l'hypoglosse au niveau du coude. Aucune

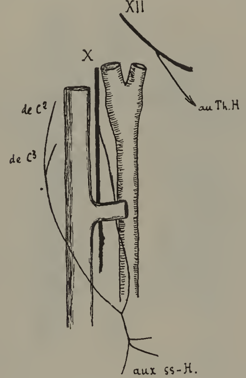


Fig. 3. — Mode de constitution de l'anse nerveuse (Observ. I)

anastomose anormale n'existait entre les troncs du pneumogastrique et de l'hypoglosse (fig. 3).

Dans le second cas, la disposition était analogue et la branche descendante de l'hypoglosse naissait également du tronc du pneumogastrique; elle formait avec une branche du plexus cervical issue de C^3 une anse anastomique de la convexité de laquelle partaient les rameaux de l'omo-hyoïdien, du sterno-

thyroïdien et du sterno-cléido-hyoïdien ; le filet du thyro-hyoïdien naissait, comme dans le cas précédent, du tronc de l'hypoglosse. Aucune anastomose n'existait entre les deux troncs nerveux dans leur portion intra-cranienne ; mais, au niveau de la base du crâne, l'hypoglosse se jetait dans le pôle

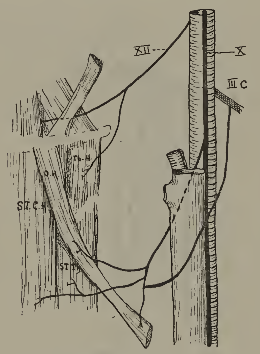


Fig. 4. — Mode de constitution de l'anse nerveuse (Observ. II)

supérieur du ganglion plexiforme et le nerf spinal s'accolait à ce niveau sur une courte distance à ce même ganglion. Du côté opposé, bien que l'accolement soit identique, la branche descendante de l'hypoglosse naissait du tronc du nerf de façon normale (fig. 4, 5, 6).

Ayant recherché à cette occasion tous les cas publiés, nous les avons ramenés à trois types : dans un premier type, il existe un pseudo-accolement de la branche descendante de

l'hypoglosse et du pneumogastrique et la dissection permet de se rendre compte que les filets contenus dans la gaine du nerf pneumogastrique proviennent, en réalité, de l'hypoglosse.

Dans un deuxième type, la branche descendante naît réel-

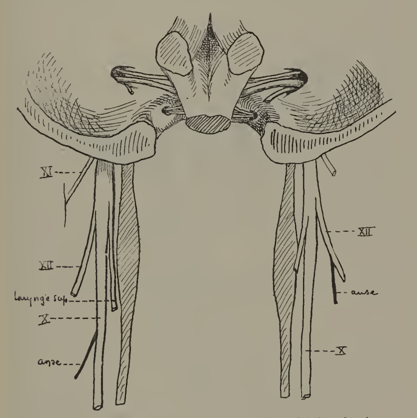


Fig. 5. — Les dernières paires nerveuses dans le crâne et à la base du crâne (Observ. II)

lement du pneumogastrique, mais il existe en amont une ou plusieurs anastomoses plus ou moins importantes pour que l'on puisse admettre que les fibres nerveuses issues de l'hypoglosse ont suivi un trajet anormal dans le tronc du vague.

Dans un troisième type, enfin, la branche descendante naît

du pneumogastrique et les filets nerveux viennent bien de ce nerf, car il n'existe aucune anastomose en amont.

Le premier de nos cas rentre dans le troisième type d'anomalie et concerne une origine vraie de la branche descendante

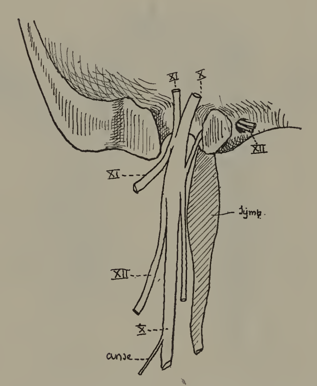


Fig. 6. — Rapports des trois derniers nerfs crâniens dans le trou déchiré et à la base du crâne (Observ. II).

sur le pneumogastrique ; le deuxième cas doit être rattaché au deuxième type, du fait de l'accolement des troncs au niveau du ganglion plexiforme, ce qui permet de supposer qu'à ce niveau les filets de la branche descendante issus de l'hypoglosse ont passé dans le tronc du vague.

Etude histologique de six cas de testicule ectopique.
(Avec P. Porte.) *Lyon Chirurgical.* (9).

Quelques faits concernant l'histologie du testicule ectopique.
(Avec P. Porte.) Société de Biologie. (8).

Ayant eu l'occasion d'examiner six testicules ectopiques, nous en avons fait l'étude histologique en nous attachant surtout à la recherche des corps gras. Les pièces opératoires provenaient de sujets âgés respectivement de 14, 15, 16, 17, 22 et 26 ans. Cette étude, dans son ensemble, confirme les travaux antérieurs classiques de Félizet et Branca, Cunéo et Lecène, Ancel et Bouin. De l'étude comparative des différents éléments, nous avons pu cependant tirer quelques conclusions :

1° Le diamètre des tubes spermatiques est bien plus grand dans les testicules à spermatogenèse ébauchée que dans ceux à spermatogénèse nulle. Dans les cas extrêmes, il varie de 160 μ à 70 μ.

2° Le tissu conjonctif est, dans la majorité des cas, du type jeune, parfois même du type œdémateux. La sclérose intense est rare.

3° Les cellules interstitielles augmentent de nombre avec l'âge et on trouve parfois de véritables amas para-épithéliaux.

4° La graisse intra-tubulaire est abondante surtout dans les deux pièces provenant des sujets les plus âgés ; elle est presque absente dans un cas à spermatogénèse ébauchée.

5° La graisse intertubulaire est, d'une façon générale, extrêmement abondante comparée à la graisse intratubulaire ; elle n'y voit sous formes d'énormes placards constitués par l'agglomération de gouttelettes ; il s'agit d'amas muriformes ressemblant, morphologiquement, à ceux de la cortico-surrénale. Dans deux cas, cette graisse est rare : ce sont les cas à spermatogénèse ébauchée. Ce fait tendrait à prouver qu'il ne s'agit

CAS EXAMINÉS — AGES	A TUBES SPERMATIQUES 1 ÉTAT de la Spermatogénèse	2 LOBULATION	3 DIAMÈTRE des Tubes	B TISSU INTERTUBULAIRE 1 VOLUME du Tissu interstitiel	2 TISSU conjonctif	3 MEMBRANE propre	4 ÉTAT des cellules interstitielles	C GRAISSES 1 GRAISSES intra-tubulaires	2 GRAISSES inter-tubulaires	D CRISTALLOIDES 1 Cristalloïdes dans les Tubes	2 Cristalloïdes dans les cellules interstit.	E CORPS biréfringents
N° 70 — 14 ans	o	Par places	73 µ	Tubes très espacés	Jeune — Fibres conjonct. par places	3-4 µ	Très rares	?	?	o	o	?
N° 66 — 15 ans	Ebauche très nette	o	161 µ	Tubes serrés	Type jeune	6 µ	Rares	Rares	Très rares	+ (rares)	o	o
N° 198 — 16 ans	o	Vague	101 µ	Tubes serrés	Type jeune — Placards de sclérose	4 5 µ	Rares	Très rares	Très abondant.	+ (rares)	o	o
N° 91 — 17 ans	o	o	101 µ	Tubes serrés	Jeune — Très infiltré	6 µ	Rares	Rares	Très abondant.	o	o	+
N° 123 — 22 ans	Ebauche légère	+	124 µ	Tubes espacés	Scléreux	8-9 µ	Extrêmᵗ abondant.	Très abondant.	Rares	o	+	o
N° 188 — 26 ans	o	+	118 µ	Tubes très espacés	Jeune — Aréolaire	8 µ	Très abondant.	Abondant.	Très abondant.	+ (assez abondant).	o	o

pas là d'une manifestation de l'activité cellulaire, mais plutôt de phénomènes de dégénérescence. Nous n'avons pas constaté un rapport inverse entre la graisse des cellules interstitielles et la graisse intra-tubulaire.

6° Nous n'avons pas trouvé de corps bi-réfringents vrais. Mais, dans un cas, aux points où la graisse était très abondante, nous avons vu des cristaux en aiguille ayant l'aspect des cristaux d'acides gras qu'on rencontre dans le tissu adipeux normal et donnant de la bi-réfringence parce que cristallisés.

Nous apportons ces faits à titre de simples documents pouvant servir de directives dans la question si complexe de l'histo-physiologie du testicule.

Sur la systématisation topographique des lésions cytologiques dans le tube urinaire.
(Avec Ph. Rochet.) (4).

Sur la coupe d'un rein d'enfant atteint de dégénérescence graisseuse, nous avons constaté une localisation très nette des lésions :

1° Le segment du tube urinaire, étendu du glomérule au segment intermédiaire était indemne de dégénérescence graisseuse.

2° Le segment intermédiaire et le tube créateur de Bellini étaient, par contre, atteints nettement de cette dégénérescence; la graisse se présentait dans le segment intermédiaire sous forme de très fines granulations, diffuses dans toutes les cellules constitutives, tandis que dans le tube de Bellini, elle se condensait, dans certaines cellules, sous forme de grosses gouttes laissant intactes les cellules voisines.

Ces faits sont en faveur de l'attribution aux différents segments du tube urinaire d'une physiologie et d'une histo-pathologie spéciales.

II. — PATHOLOGIE

a) Tumeurs et Infections en général

Les tumeurs provoquées par l'huile de vaseline (vaselinomes).
(*Lyon Médical.*) (31).

Tumeurs multiples de la cuisse consécutives a des injections d'huile camphrée (6).

Sur le diagnostic des tumeurs consécutives aux injections d'huile de vaseline camphrée.
(Avec J. Murard et J.-F. Martin.) (10).

Sur la détection histo-chimique des carbures *(huile de vaseline)* dans les tumeurs provoquées par injections de ces corps dans les tissus.
(Avec A. Policard.) (14).

Thèse d'Allauzen. — *Les tumeurs consécutives aux injections d'huile de vaseline camphrée.*

Nous nous sommes attachés à l'étude des pseudo tumeurs consécutives aux injections d'huile de vaseline camphrée et tout particulièrement en ce qui concerne leur structure histologique et leur diagnostic. Dans une première observation présentée à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, il s'agissait d'une jeune femme se plaignant de l'apparition de plusieurs petites tumeurs de la cuisse gauche caractérisées par des nodosités dermo-hypodermiques mal délimitées, dures, douloureuses à la pression. Cette malade avait reçu au cours de l'épidémie de grippe soixante injections d'huile camphrée qui furent toutes faites dans la cuisse gauche en raison de l'existence d'un abcès de fixation à la cuisse droite. Une biopsie fut pratiquée et l'examen histologique nous montra des gouttelettes huileuses contenues dans des micro-kystes et des signes d'infection chronique dans un tissu conjonctif hyperphasié.

Nous avons attiré l'attention à propos de cette observation sur la longue période de latence entre la date des injections et la date d'apparition des tumeurs et sur le cheminement et la progression des tumeurs dans le tissu cellulaire.

Dans une seconde observation présentée à la Société de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon, il s'agissait d'une femme qui, un mois après une pneumonie au cours de laquelle elle reçut huit injections d'huile camphrée, présenta dans la cuisse une tumeur prise pour un abcès. Mais l'absence de signes d'inflammation nous fît penser qu'il s'agissait d'une vaselinome au début. L'ablation de la tumeur, son examen histologique et chimique, permit de vérifier ce diagnostic.

En plus nous avons fait l'examen histologique de deux tumeurs analogues qui nous avaient été confiées.

En nous basant sur ces examens, nous avons fait l'étude anatomo-pathologique des lésions et nous avons retrouvé les caractéristiques signalées par Jacob et Fauré-Frémiet: micro-kystes de volume variable, parfois visibles à l'œil nu et contenant l'huile de vaseline, réaction du tissu conjonctif du type fibroïde, encerclant les kystes huileux, présence de grandes cellules géantes à très nombreux noyaux, souvent disposés en couronne ; ces cellules se trouvent le plus souvent au contact des cavités kystiques dont elles tendent à boucher la lumière et contiennent dans leur protoplasma des gouttelettes huileuses phagocytées.

Mais l'examen histologique ne pouvant pas toujours donner la certitude, nous nous sommes évertués à préciser le diagnostic histo-chimique du vaselinome. Nous avons montré d'abord que l'emploi successif d'acide osmique et de rouge écarlate permet souvent la découverte de l'huile de vaseline, l'acide osmique réduisant les graisses organiques et les colorant en noir et le rouge écarlate colorant alors électivement les carbures, n'ayant pas subi l'osmio-réduction.

Toutefois, ce procédé manque parfois de précision, du fait de l'impureté de l'huile de vaseline; ce corps pouvant contenir

des éléments adipeux des tissus qu'elle a dissous, réduit de ce fait l'acide osmique et prend une teinte grisâtre, pouvant en imposer pour des graisses naturelles ; aussi avons-nous cherché, avec le professeur A. Policard, une technique simple, permettant de déterminer de façon certaine la nature saponifiable ou non des gouttelettes huileuses microscopiques constatées sur les coupes : après fixation au formol et coupe à la congélation, on examine sur lame le fragment prélevé. On procède alors à la *saponification sur lame :* on maintient la préparation pendant quinze minutes à 60° dans de l'alcool sodé à 10 p. 100 en ayant soin d'éviter l'ébullition et de remplacer au fur et à mesure de l'évaporation l'alcool sodé par de l'alcool ordinaire. Sous l'influence de ce traitement, les coupes se rétractent de façon uniforme, les graisses saponifiables sont détruites et dissoutes et seules restent les gouttelettes d'huile de vaseline avec leur réfringence caractéristique. Aussi la distinction entre les gouttelettes de carbure et les formations adipeuses naturelles est aisée par cette technique très facile à mettre en œuvre et indiscutable au point de vue chimique.

Enfin réunissant les observations publiées alors, nous avons ramené les aspects cliniques que peut présenter le vaselinome à trois formes : forme inflammatoire et suppurée en imposant pour une infection, se voyant surtout dans les cas récents ; forme à noyaux multiples, limités et sous-cutanés ; forme cutanée avec envahissement diffus des téguments, pouvant simuler le sarcome ou le lupus.

Septicémie a entérocoques.

(Avec Savy et Langeron.) (7).

Il s'agissait d'un homme de 35 ans qui, après des symptômes généraux d'infection, présenta des douleurs articulaires, des signes d'hépatisation du poumon droit, des œdèmes et une

albuminurie de 10 grammes par litre. La mort survint avec des vomissements, de la diarrhée, de l'anurie et le tableau clinique de l'urémie. Au cours de l'évolution, une hémoculture permit de mettre en évidence un microbe ayant les caractères de l'entérocoque. L'autopsie ne montra que des viscères congestionnés et l'examen histologique des lésions infectieuses diffuses. Il s'agissait donc, dans ce cas, d'une forme septicémique primitive.

b) Bouche

LES ABCÈS DE LA LANGUE.

(Avec Ch. DUNET.) *Revue de Chirurgie.* (24).

Nous avons publié deux observations personnelles : dans un cas, il s'agissait d'un abcès superficiel de la pointe qui guérit rapidement après une petite incision; dans un autre cas, d'un abcès profond de la base, caractérisé par l'existence de deux loges suppurées indépendantes.

A l'occasion de ces deux cas, nous avons recherché tous les cas de glossites suppurées publiées dans la littérature et nous avons fait une étude critique de la question en insistant particulièrement sur les points suivants :

Au point de vue anatomique, la seule travée cellulaire importante de la langue est celle que suit l'artère linguale, et les formations fibro-aponévrotiques créent deux loges assez bien séparées, une droite, l'autre gauche, loges séparées également des régions voisines. En outre, la portion de la langue paraissant le plus vulnérable et la plus sujette aux localisations inflammatoires est la région du V lingual, en raison de l'existence des formations lymphoïdes (amygdale linguale) et des glandes salivaires accessoires dont quelques-unes sont profondes et intra-musculaires (glande de Weber, glande de Blandin-Nühn).

Au point de vue symptomatique, les douleurs violentes, la tuméfaction et l'immobilité de la langue (langue figée), l'absence de trismus sont le plus fréquemment rencontrées.

Enfin, au point de vue du traitement, l'ouverture de la collection suppurée se fera, en général, par voie buccale à l'aide d'une pince fermée qu'on ouvrira dans la poche. Il faudra surveiller la lésion pour empêcher la plaie opératoire de se refermer, du fait de l'impossibilité du drainage, et pour ouvrir, s'il y a lieu, les abcès voisins qui peuvent coexister.

Epithélioma de la joue traité par le radium.
(Avec P. Bonnet.) Société de Chirurgie de Lyon. (17).

Malade porteur depuis un an d'un épithélioma de la face à début muqueux : la tumeur avait infiltré la joue et formait une saillie ulcérée, lorsque se produisit une hémorragie de la faciale ; large communication de la joue avec la cavité buccale, pas de ganglions perceptibles. Histologiquement : épithélioma spino-cellulaire.

Après désinfection de quelques jours, application de radium sous forme de huit aiguilles laissées en place pendant une semaine. En un mois, la tumeur a disparu ; il ne persiste qu'une cicatrice cutanée linéaire et une ulcération muqueuse très modifiée. Amélioration remarquable de l'état général.

Septicémie mortelle d'origine dentaire.
(Avec A. Pont.) (12).

c) Vaisseaux

Sur un cas de contusion artérielle : Stupeur artérielle et syndrome causalgique consécutif.
(Avec P. Soubeyran.) Société de Chirurgie de Paris, 1918. (1).

A propos de la stupeur artérielle.
(Avec P. Soubeyran.) Société de Chirurgie de Paris, 1919. (3).

Nous avons observé deux cas de traumatismes artériels concernant des lésions assez différentes.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une contusion artérielle ayant provoqué à distance un spasme immédiat et ultérieurement un syndrome causalgique. Voici l'observation résumée : Blessé par balle ; plaie en séton des deux cuisses avec orifices punctiformes. Les lésions paraissent banales, mais le blessé attire l'attention sur le membre inférieur droit dont il souffre : l'examen montre que le pied droit est plus froid et plus blanc, et on ne sent battre ni la pédieuse, ni la tibiale postérieure.

L'intervention révèle une contusion de l'artère fémorale au niveau de la partie moyenne : le vaisseau est augmenté de volume, de teinte noirâtre, ecchymotique, la gaine est éraillée, les battements sont nettement perçus. On vérifie la veine et les nerfs qui sont intacts. Après l'intervention, le pouls n'est toujours pas perçu en aval de la lésion ; il réapparaît six heures après. Quant aux douleurs, après s'être amendées pendant quelques jours, elle réapparurent et prirent un caractère paroxystique avec pâleur et sudation abondante.

En somme, dans ce cas, les phénomènes de contusion artérielle se sont accompagnés de troubles circulatoires à distance, sans qu'il existe de spasme local, et de troubles nerveux du type causalgique, vraisemblablement en rapport avec une lésion du sympathique péri-artériel.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'un multi-blessé des membres dont les plaies furent traitées opératoirement. Au cours de l'intervention, une plaie borgne rétro-malléolaire conduisit sur le paquet vasculo-nerveux tibial postérieur ; un projectile était au contact même des vaisseaux.

La veine présentait une petite plaie latérale, l'artère un point ecchymotique au niveau duquel s'arrêtaient les battements ; en outre, le calibre paraissait diminué au niveau de la tache ecchymotique ; l'ondée sanguine semblait buter contre un obstacle. Résection de l'artère entre deux ligatures ; immédiatement les deux moignons artériels se mettent à battre.

Le segment artériel réséqué ne contenait pas de caillots. Ce n'est qu'en étalant la pièce qu'on aperçut par distension deux minuscules orifices correspondant à deux aspérités du projectile ayant ponctionné les tuniques.

En somme, il s'agissait d'une lésion minime de la paroi artérielle ayant déterminé un spasme suffisant pour arrêter le cours du sang dans un segment localisé.

Ulcère variqueux chronique. Opération de Moreschi et section du nerf saphène interne. Guérison. Résultat éloigné.

(En collaboration avec M. Guilleminet.) (22).

Malade de 50 ans, ancien syphilitique et porteur de varices légères, atteint d'un ulcère de jambe depuis douze ans. Inefficacité de tous les traitements employés jusqu'alors ; périodes de guérison apparente n'ayant pas dépassé deux mois. On fit l'incision en jarretière de Moreschi et dans un temps spécial on découvrit et on réséqua le nerf saphène interne. Le résultat fut très heureux ; depuis plus d'un an, l'ulcère est cicatrisé malgré le métier dur qu'exerce le sujet.

Présentation de quelques types de lésions des gros troncs vasculaires. (2)

d) Thorax et Abdomen

Fistule pleurale, résection costale, décortication de la poche. Guérison rapide. (5)

Les traitements des fistules pleurales.

(Avec M. Durand.) (15).

Chez un malade porteur d'une fistule pleurale, consécutive à une pleurésie purulente post-grippale, l'intervention montra que la fistule était entretenue par trois causes : la rétention

d'un drain à instillation continue, des lésions osseuses costales et une pachy-pleurite très marquée.

L'extraction du drain, la résection partielle de trois côtes malades et la décortication de la poche amenèrent la guérison rapide.

En effet, le principe primordial du traitement des fistules pleurales est de proportionner l'acte opératoire à l'état anatomique des lésions.

A l'aide de plusieurs observations, nous avons montré que les différents procédés opératoires devaient s'adapter aux lésions constatées : la simple résection costale améliore un drainage insuffisant, l'opération de Gayet-Letiévant-Estlander s'adresse aux fistules constituées, l'opération de Schede a avantage à se faire en plusieurs temps, enfin la décortication pulmonaire suivant la méthode de Delorme doit être adjointe au temps pariétal de l'intervention dans les cas de pachy-pleurite viscérale.

Pour faire le choix entre ces différents procédés opératoires, un examen approfondi du malade peut donner des précisions utiles : l'exploration au stylet, la pleuroscopie, l'examen micro-biologique, les rayons X doivent être utilisés, mais fréquemment les renseignements fournis sont tout à fait insuffisants et seule la thoracotomie exploratrice, premier temps de l'intervention, permettra de faire le choix du procédé opératoire.

Syndrome pseudo-appendiculaire par perforation gangréneuse du cæcum au cours de la dysenterie amibienne (forme récidivante chronique).

(Avec P. Bonnet.) *Lyon Chirurgical.* (11).

Alors que les accidents chirurgicaux de la dysenterie amibienne aigüë sont bien connus, ceux de la forme chronique consistent en général en un syndrome pseudo-appendiculaire

chronique précédant le plus souvent une nouvelle poussée. Aussi le cas que nous avons observé ne rentre-t-il pas dans le cadre des lésions habituellement décrites.

Il s'agissait d'un homme de 30 ans pour lequel on dut intervenir d'urgence, en raison de symptômes d'appendicite aiguë avec réaction péritonéale intense.

A l'opération on trouva du pus sous tension, un appendice libre et une plaque de gangrène sur le cæcum. Toute l'extrémité de l'ampoule cæcale était comme cartonnée : appendicectomie, suture de la perforation, drainage. Amélioration progressive, mais un mois après l'intervention, élévation de la température à 40° sans symptôme abdominal. La température persistant irrégulière avec de grandes oscillations, et par suite de l'apparition de signes de rectite, on pensa à un abcès résiduel qu'on chercha et qu'on ne trouva pas. A trois ou quatre reprises le malade fut pris de crises douloureuses abdominales extrêmement vives avec vomissements bilieux faisant songer à une perforation intestinale.

Au cours d'une crise, évacuation de matières purulentes et sanglantes ; on songea alors à la dysenterie que l'on retrouva dans les antécédents. Un traitement à l'émétine fut institué et amena la guérison.

Cette observation est digne de remarque, car elle montre que l'on peut observer à très longue échéance des complications gangréneuses du côté du gros intestin. La localisation élective au niveau du cæcum imprime le masque clinique de l'appendicite aiguë, tandis que la localisation possible au niveau du côlon ascendant ou du transverse peut réaliser le syndrome clinique des cholécystites aiguës ou des perforations d'ulcère du duodénum ou de l'estomac. D'autre part, les symptômes de rectite, dus au réveil dysentérique, peuvent en imposer pour un abcès appendiculaire au voisinage du rectum.

Au cours de l'intervention, l'aspect lavé de la surface péritonéale, la couleur laiteuse du pus, les lésions cæcales peuvent attirer l'attention et doivent faire penser à la dysenterie.

On doit donc avoir l'attention en éveil sur les séquelles de la dysenterie et pratiquer un examen des selles chez les malades présentant des commémoratifs dysentériques et paraissant atteints d'appendicite.

Le traitement par l'émétine sera le complément indispensable du traitement chirurgical. Il nous paraît favorable, dans un cas analogue à celui que nous avons observé, de fixer le cæcum à la paroi, pour permettre l'établissement d'un anus contre nature en cas d'incident, l'orifice ainsi créé pouvant, au même titre que la cæcostomie ou l'appendicostomie, permettre la mise au repos du côlon et les lavages médicamenteux.

e) **Appareil uro-génital**

Ulcère simple de la vessie (25).

Hématurie abondante chez une jeune femme sans cystite ni pyurie ; l'examen cystoscopique montre une ulcération des dimensions d'une pièce d'un franc. Curettage par les voies naturelles. L'examen histologique ne montre que des lésions d'infection chronique. Guérison.

Fibrome pur du testicule (26).

Chez un enfant d'un an et demi, ablation d'un testicule en raison d'une augmentation progressive de volume. Il s'agissait d'une tumeur homogène blanchâtre d'aspect fibreux. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibrome pur, sans aucun élément séminal, constitué surtout par du tissu fibreux contenant, par places, quelques lobules adipeux.

Malgré la multiplicité des coupes examinées, on ne put trouver d'éléments pouvant faire admettre qu'il s'agissait d'un

embryome comme tend à l'admettre Chevassu. De telles observations sont rares : il n'en a pas été publié depuis les sept cas rapportés par Chevassu, dans sa thèse.

Deux cas d'herpès buccal post-abortif avec pneumocoques dans les lochies (12).

Sur le traitement de l'infection puerpérale par les stock-vaccins.

(Avec J. Voron.) (16).

Contribution a l'étude de la vaccinothérapie de l'infection puerpérale.

(Avec J. Voron et Sédaillan.) *Lyon Chirurgical.* (23).

Thèses de G. Dumasle *et de* J. Richard.

Nous avons, dans ces différentes publications, apporté nos observations et nos résultats de vaccinothérapie de l'infection puerpérale. Les essais thérapeutiques ont été faits avec les stock-vaccins, le bouillon de Delbet et les auto-vaccins.

1° *Stock-vaccins.* — Sans chercher à obtenir une action spécifique, nous nous sommes servis de vaccins polyvalents contenant des gonocoques, des colibacilles, des entérocoques et des staphylocoques. Fréquemment à ce vaccin on en joignait un autre à streptocoques. Les stock-vaccins présentent, dans l'infection puerpérale, l'avantage de l'action immédiate et rapide et nous avons conseillé de les utiliser d'emblée, quitte à les remplacer par un auto-vaccin dès qu'il sera fabriqué.

Nous avons montré les difficultés que l'on avait dans l'appréciation des résultats obtenus, en raison des renseignements douteux ou négatifs que fournit en général l'hémoculture, même faite dans de bonnes conditions au moment des accès fébriles, en raison aussi de la variabilité extrême de l'évolu-

tion. Le critérium le plus facilement utilisable est encore la modification de la courbe thermique en relation avec l'injection de vaccin. On peut classer les résultats obtenus de la façon suivante :

a) Il est des cas où l'évolution ne paraît nullement influencée par la thérapeutique vaccinale ; les autres thérapeutiques ne donnent d'ailleurs, dans ces cas, aucun résultat. Il s'agit, en général, de formes sévères, d'infection graves ;

b) Dans une seconde variété de cas, la stock-vaccinothérapie paraît, au contraire, avoir influencé heureusement l'évolution. La coupe thermique réagit selon deux types : parfois il existe une défervescence vespérale (réaction du type inverse) qui souvent ne se produit qu'aux premières injections. Il nous semble que ce soit là l'indice d'une action relative de la vaccinothérapie et que la guérison se fasse, en général, assez rapidement.

Par contre, dans d'autres cas, la réaction thermique est d'un type opposé : la température vespérale s'élève à 40-41° avec frissons, accélération du pouls, phénomènes généraux. L'effet sur l'évolution est beaucoup plas net, la température tombe parfois le lendemain et souvent définitivement.

Mais, dans tous ces cas où l'influence de la vaccinothérapie paraît avoir été heureuse, il s'agissait d'infections d'intensité moyenne ou légère.

2° *Vaccin de Delbet.* — Nous l'avons utilisé dans dix-sept cas d'infections post-partum et post-abortum. Dans l'ensemble, les résultats obtenus ont été les mêmes qu'avec les stock-vaccins ; toutefois, le bouillon de Delbet semble provoquer une réaction générale plus intense, parfois extrêmement violente et il semble exercer une action très favorable, en ce qui concerne la sédation de la douleur.

3° *Auto-vaccins.* — L'inconstance des résultats donnés par les stock-vaccins et surtout le souci d'exercer une thérapeu-

tique spécifique nous ont conduit à tenter le traitement par les auto-vaccins. Le sérum antistreptococcique s'est montré presque toujours inefficace. La préparation de l'auto-vaccin présente quelques difficultés : l'hémoculture étant presque toujours négative, nous avons cherché à isoler le streptocoque des lochies. On trouve presque toujours le streptocoque hémolytique, mais il semble disparaître assez vite des écoulements et son association aux microbes vulgaires, non pathogènes, à cultures florissantes, rend parfois impossible la fabrication de l'auto-vaccin.

Les résultats obtenus sont les suivants : dans les cas graves, l'auto-vaccin s'est montré inefficace et a paru incapable de déclancher la formation suffisante des anti-corps ; il semble que, dans ces cas, le streptocoque ait sensibilisé l'organisme au lieu de l'immuniser.

Dans d'autres cas sévères, à évolution habituellement prolongée, avec rechutes et poussées thermiques successives, l'auto-vaccin a amené une chute brusque de la température, parfois après un clocher très net et cette chute a toujours été définitive. Dans ces cas où le streptocoque semble vivre d'une vie latente et réveiller sa virulence sous certaines influences, l'auto-vaccinothérapie nous semble avoir une certaine valeur.

En somme, sans donner des conclusions trop absolues, il nous semble que la vaccinothérapie mérite d'entrer en ligne dans le traitement de l'infection puerpérale : les stock-vaccins, d'emploi plus facile, doivent être employés à la phase aiguë de l'infection ; incapables de favoriser la guérison dans les cas graves, ils semblent avoir des effets favorables dans des formes moyennes et ont une action sédative sur les douleurs pelviennes.

Par contre, les auto-vaccins, sans effet à la période aiguë, paraissent avoir une influence heureuse à plus lointaine échéance, en limitant la durée de la période fébrile et en évitant les réveils infectieux.

Ces deux modes de vaccinothérapie peuvent donc être

associés, le stock-vaccin employé au début, sera remplacé par l'auto-vaccin au bout de quelques jours.

Récidive d'un myome malin de l'utérus. Enorme bourgeon néoplasique occupant toute la veine cave inférieure.

(Avec E. Villard.) (13).

A l'autopsie d'une malade décédée, à la suite d'une intervention pour récidive pelvienne d'un myome malin de l'utérus, on trouva la veine cave inférieure énormément dilatée comme un poignet, et contenant un volumineux bourgeon néoplasique dont le pôle supérieur arrondi atteignait le diaphragme et dont le pôle inférieur se continuait dans la veine iliaque gauche.

La malade avait subi, douze ans auparavant, une hystérectomie subtotale pour fibrome ; il y a six ans s'installèrent quelques troubles fonctionnels : malaises, douleurs pelviennes, œdème passager du membre inférieur droit, puis apparut une tumeur rénitente prise pour un kyste développé, aux dépens de l'ovaire conservé.

L'intervention ne put être que partielle ; toute la cavité pelvienne étant comblée par une masse cancéreuse et l'opérée succomba avec de grands accès fébriles, dus vraisemblablement à l'infection veineuse et aux embolies cancéreuses.

Histologiquement, il s'agissait d'un myome banal formé de fibres jeunes, petites, dans un stroma lâche.

Myome rouge de l'utérus.

(Avec M. Patel.) (18)

Malade de 28 ans, opérée pour métrorragies abondantes, douleurs expulsives, augmentation de volume de l'utérus, et fièvre à 39°. Hystérectomie subtotale : dans la paroi utérine myome du volume de deux poings, nettement encapsulé, et

de coloration lie de vin. A l'examen histologique, cellules fusiformes ayant l'aspect de cellules musculaires lisses, jeunes et à noyaux énormes, irréguliers, d'aspect sarcomateux. Par places, signes de nécrobiose aseptique manifeste, aucun signe d'infection.

Il s'agit de ces tumeurs signalées en 1905 par Pollosson et Violet, et qui sont des myomes en nécrobiose aseptique à leur période de début.

Valeur séméiologique des polypes muqueux de l'utérus.

(*Thèse* de Lyon, 1922-1923.) (20).

Les polypes muqueux de l'utérus.

(*Lyon Médical.*) (30).

A côté des polypes muqueux idiopathiques, nous avons montré que la majorité des polypes muqueux du col sont associés à des lésions variables de l'appareil utéro-annexiel, si bien que leur constatation en clinique possède une réelle valeur séméiologique.

Nous avons rapporté 34 observations personnelles et nous avons, à cette occasion, fait l'étude anatomique et histologique des polypes muqueux de l'utérus.

Au *point de vue anatomique,* les polypes muqueux s'insèrent en deux points de prédilection : l'isthme utérin et le fond utérin au voisinage de l'ostium utérinum.

Des causes mécaniques commandent vraisemblablement cette localisation. Il en est de même du volume, de la coloration et de la consistance des polypes, variables suivant les cas, variables d'un jour à l'autre et qui paraissent dépendre de modifications circulatoires.

L'examen histologique nous a montré que le plus souvent le revêtement du polype n'était pas la muqueuse du col, mais celle du corps et que bon nombre de polypes intra-cervicaux

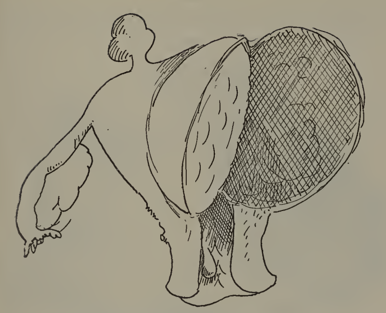


Fig. 7. — Fibrome calcifié de la paroi utérine. Petit fibrome sous-séreux du fond. Polype muqueux intra-cervical (Obs. xxi).

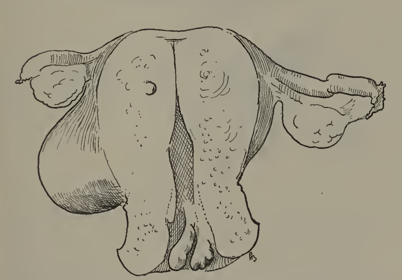


Fig. 8. — Polypes muqueux du col. Métrite parenchymateuse et petit noyau fibromateux (Obs. xii).

étaient des polypes du corps s'étant engagés dans le canal cervical.



Fig. 9. — Polype muqueux du col. Fibrome sous-séreux pédiculé du fond (Obs. III).

Les lésions d'inflammation chronique sont constantes et s'étendent à toute la muqueuse d'implantation.

Indications diagnostiques. — La symptomatologie propre aux polypes est frustre : les pertes blanches sont constantes et les hémorragies consistent en suintements intermittents.

La seule constatation de métrorragies abondantes avec caillots doit faire soupçonner une lésion associée. C'est pour-

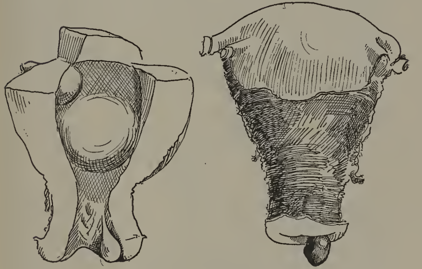


Fig. 10. — Polype muqueux du col. Métrite parenchymateuse (Obs. xvii).

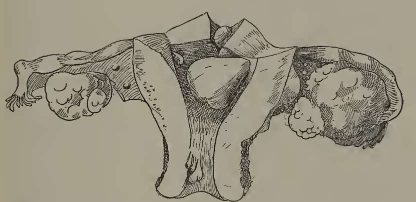


Fig. 11. — Annexite ancienne bilatérale. Polypes muqueux multiples du fond et du canal cervical (Obs. xxxii).

quoi la constatation d'un polype muqueux doit, *a priori*, être tenue comme un symptôme avertisseur et l'examen systématique de la malade doit être fait. Ainsi, chez les jeunes

femmes, pourra-t-on découvrir des lésions infectieuses utéro-annexielles (métrites, salpingites). Chez les femmes d'âge moyen, en plus des lésions précédentes, pourra-t-on constater un fibromyome à son début. Chez les femmes âgées enfin, on devra rechercher tout particulièrement les signes du néoplasme intracervical, ou du néoplasme du corps.

En cas d'examen négatif, la surveillance régulière et



FIG. 12. — Fibromes sous-muqueux. Polype muqueux intra-cervical (Obs. XXV).

périodique de la malade s'impose ; ainsi pourront être découvertes, à leur début les lésions dont le polype muqueux était symptomatique.

Indications thérapeutiques. — En règle générale, la thérapeutique dirigée contre le polype lui-même n'est que palliative et insuffisante, on ne devra pas s'en tenir à elle seule et s'attaquer à la lésion causale.

Si la lésion causale est découverte, la thérapeutique rationnelle chirurgicale variable suivant les lésions sera à instituer.

Dans les cas où l'examen objectif, bien fait et répété, ne permet de découvrir aucun signe de lésions, la constatation du polype devient une indication formelle de l'exploration intra-utérine : c'est cette manœuvre qui fera constater soit d'autres polypes muqueux intra-utérins, soit un fibrome sous-muqueux, soit des lésions métritiques ou néoplasiques. La lésion ainsi découverte, l'action thérapeutique pourra être efficace, puisqu'elle s'adressera à la cause de l'affection.

Forme histologique rare du cancer du col de l'utérus. Epithélioma a aspect de périthéliome.

(Avec G. Cotte.) (19).

L'intérêt de cette observation réside uniquement dans l'examen histologique. Sur une pièce de biopsie du cancer du col, traité par le radium, on trouva un aspect rarement signalé : les éléments épithéliaux néoformés se trouvaient réunis uniquement autour d'axes vasculaires et formaient ainsi des amas réguliers disséminés dans un tissu homogène de structure amorphe. Cet aspect rappelle tout à fait celui des tumeurs, autrefois décrites sous le nom de périthéliomes. Guérison complète après une seule application de radium : la structure histologique de cette tumeur fait concevoir qu'elle soit très radio-sensible.

Vaginisme guéri par la névrotomie du nerf honteux interne.

(Avec P. Wertheimer.) (21).

Chez une femme de 22 ans, atteinte de vaginisme du type inférieur, traité sans succès par la dilatation vaginale, et la dilatation utérine, on fit sous-anesthésie épidurale, la découverte du nerf honteux interne gauche, suivant la technique de Rochet et, après avoir isolé la branche anale , on sectionna et on arracha les branches antérieures périnéales. Suites simples. Excellent résultat fonctionnel.

Sur le mécanisme pathogénique des calcifications ovariennes.

(Avec A. Policard.) (33).

Les calcifications ovariennes sont rares : on a tendance à admettre qu'elles sont dues à des dépôts de calcium au niveau des corpora albicantia.

L'étude de différents types d'ovaires nous a montré que la quantité de calcium contenue dans les cendres était toujours très faible : il n'y a donc pas d'accumulation. Aussi croyons-nous qu'il faille chercher une autre hypothèse que celle invoquée jusqu'à présent.

Les hématomes et abcès de la gaine des droits après laparotomie par incision de Pfannenstiel.

(Avec P. Bonnet.) (32)

En nous basant sur l'importante stastistique du professeur Tixier (1.500 Pfannenstiel), nous avons décrit les collections hématiques, suppurées ou non, qui sont une complication rare, mais particulière à ce genre d'incision de la paroi.

Nous avons distingué deux formes anatomo-cliniques : *une forme basse et une forme haute,* et ayant recherché les causes des hématomes, nous avons précisé les points particuliers de l'hémostase au cours de cette technique de la parotomie.

TABLE DES MATIERES

— LYON —
IMPRIMERIE EXPRESS
46, rue de la Charité